BIJLAGE II

Machtiging tot de tegemoetkoming van de afgeleverde zakken bestemd voor parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

.....

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend geneesheer, machtigt de tegemoetkoming van de afgeleverde zakken bestemd voor parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden van ……tot……

(Maximum 1 jaar voor de 1ste aanvraag – Maximum 5 jaren voor verlenging)

Rechthebbende

Naam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Voornaam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adres : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Geboortedatum : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
INSZ : |_|_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Adviserend geneesheer

Naam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Voornaam : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Datum : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Stempel	Handtekening van de adviserend geneesheer